



**PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROFSAÚDE**

Rio de Janeiro

2016

Coordenação Executiva Nacional Profsaúde

Luiz Augusto Facchini - ABRASCO

Cristina Guilam – FIOCRUZ

Elaboração Projeto Pedagógico:

Ana Claudia Fassa (UFPEL)

Carla Pacheco Teixeira (FIOCRUZ)

Elizabeth Fassa (UFPEL)

Maria Eugênia Pinto (UFCSPA) e SBMFC

Marcia Costa (UFCSPA)

Maria de Fátima Antero (URCA/FIOCRUZ))

1. APRESENTAÇÃO

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) é uma proposta de curso em rede nacional constituída por 19 instituições de ensino lideradas pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e que conta com a retaguarda do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), instituição que tem por finalidade atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do desenvolvimento da modalidade de educação a distância na área da saúde. A proposta foi apresentada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e é apoiada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Considerando que a Constituição Federal de 1988 (art.200 inc.III) e a Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/1990 (art.6 inc.III) determinam que o Sistema Único de Saúde é o ordenador da formação dos profissionais da área, este Curso tem a finalidade de atender a necessidade de formação de profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF)/Atenção Básica (AB) nos diversos municípios brasileiros, preparando-os para atuarem como docentes nas pós-graduações e graduações da área de saúde e como preceptores na ESF e nas residências multiprofissionais e médicas, com ênfase naquelas da área de saúde coletiva, promovendo profunda integração ensino-serviço, fortalecendo a rede de serviços do SUS e afirmando o seu papel como campo de práticas formativas.

Alinhado à nova Política Nacional de Atenção Básica (2011) na busca da superação de obstáculos estruturais e consolidação da Estratégia de Saúde da Família como política pública efetiva e prioritária na Atenção Primária à Saúde e na busca da reafirmação dos valores constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, o Curso pretende fomentar parcerias entre instituições acadêmicas e gestores da saúde pública para a produção de novos conhecimentos e inovações para a APS, considerando as diversidades regionais e locais e as realidades socioeconômicas e sanitárias.

O presente projeto tomou como base experiências anteriores, como os Mestrados Profissionais de Saúde da Família da Rede Nordeste (RENASF), da ENSP/Fiocruz e da Fiocruz Mato Grosso do Sul/UFMS, e os cursos de especialização da Rede UNASUS, em especial os da Universidade Federal de Pelotas/UFPEL e da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/UFCSPA.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação são instituições demandantes e financiadoras deste Mestrado Profissional em Saúde da Família, o qual possui como instituições certificadoras:

1. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ),
 - a. Fiocruz RJ
 - b. Fiocruz AM
 - c. Fiocruz CE
 - d. Fiocruz PE
 - e. Fiocruz MS
2. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL),
3. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
4. Universidade Federal do Paraná (UFPR),
5. Universidade de São Paulo (USP),
6. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP),
7. Universidade Estadual Paulista (UNESP),
8. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ),
9. Universidade Federal Fluminense (UFF),
10. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF),
11. Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES),
12. Universidade Federal de Uberlândia (UFU),
13. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS),
14. Universidade do Sul da Bahia (UFESBA),
15. Universidade Federal da Paraíba (UFPB),
16. Universidade Federal do Piauí (UFPI),
17. Universidade Federal do Maranhão (UFMA),
18. Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
19. Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR)

2. CONCEPÇÃO DO CURSO

2.1. Justificativa

A Política Nacional da Atenção Básica, publicada em 2011¹ aponta este nível de atenção como estruturante do sistema de saúde, sendo sua principal porta de entrada e ordenador das redes de atenção, visando a equidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Reconhecendo as crescentes evidências da maior adequação, desempenho e efetividade da Estratégia de Saúde da Família em comparação com o modelo tradicional²⁻⁵, reafirma-se a ESF como o modelo de atenção a ser gradualmente implementado no SUS.

A partir de 1996, com a regulamentação da Norma Operacional Básica, que disciplina o repasse direto de recursos do Ministério da Saúde para as secretarias municipais de saúde com base no tamanho da população e não nos procedimentos realizados, os serviços de ESF vêm sofrendo forte expansão, porém com continuada dificuldade de completar as equipes, em especial em áreas de baixo desenvolvimento humano e alta vulnerabilidade social, pela carência de profissionais médicos. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil tinha, em 2011, 1,8 médicos / 1000 habitantes, proporção inferior a outros países que contam com um sistema universal de saúde, como o Reino Unido, que tem 2,7 médicos/1000 habitantes, ou países com nível de desenvolvimento semelhante, como a Argentina, que conta com 3,2 médicos / 1000 habitantes. Esta carência de médicos ocorria em todas as regiões do país. Cinco estados tinham menos de 1 médico /1000 habitantes (AC, AP, MA, PA, PI), somente quatro estados (RJ, SP, RS, ES) e o DF tinham mais do que 2 médicos / 1000 habitantes e 700 municípios brasileiros não contavam com um médico residente^{6,7}.

Apesar da ampliação do acesso à ESF para mais de 40.000 equipes cobrindo mais de 60% da população (Portal da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Histórico de Cobertura da Saúde da Família, acessado em 15/03/2016) e do melhor desempenho da ESF em relação ao modelo tradicional, estudos apontam problemas na qualidade da atenção à saúde^{2,8-10}.

Em 2005, o número de vagas nas especializações ou residências correspondiam a apenas 7% do número de equipes de ESF¹¹, resultando em importante limitação de acesso dos profissionais de saúde à formação específica.

Várias iniciativas foram tomadas para reverter este quadro. Foi criada a rede UNA-SUS para ofertar especialização em larga escala para os profissionais inseridos na ESF e foi criado o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) buscando estimular que profissionais médicos brasileiros passassem a atuar em áreas remotas e de difícil provimento. Além disso, como estas iniciativas não eram capazes de prover médicos em quantidade suficiente para atender a população, a Presidência da República editou a Medida Provisória 621/2013, posteriormente convertida pelo Congresso Nacional na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que institui o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Este Programa visa ampliar o número de vagas nas escolas médicas; ampliar as vagas de residência médica priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante; estabelecer novos parâmetros para a formação médica no país e promover, nas regiões prioritárias do SUS, o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013).

As iniciativas de oferta de formação na área da atenção básica evidenciaram a carência de educadores médicos com foco neste nível de atenção. Conforme dados do cadastro de orientadores no webportfolio da Plataforma Arouca, entre 1.433 supervisores já mobilizados para o Projeto Mais Médicos para o Brasil, apenas 115 têm doutorado e 195 têm mestrado. Isto indica que o número de profissionais titulados é insuficiente para atender a ampliação das escolas médicas e a universalização da residência médica, considerando que o primeiro ano de todas as residências deverá focar a atenção básica, bem como para preceptoria e supervisão de médicos em atividades que integram ensino-serviço na área de atenção básica em saúde, incluindo os intercambistas internacionais.

O Mestrado Profissional em Saúde da Família é uma estratégia para formar os profissionais necessários para atender a expansão da graduação e pós-graduação, bem

como, a educação permanente de profissionais de saúde, apoiando a consolidação do modelo da Estratégia de Saúde da Família mediante o fortalecimento de conhecimentos relacionados à atenção primária em saúde, à gestão em saúde e à educação.

Em relação a atenção primária em saúde, a proposta pedagógica do Curso toma como desafio avançar na superação da concepção biomédica centrada fortemente na doença, frequentemente fragmentada e com uma perspectiva restrita de identidade profissional, substituindo-a pela concepção da atenção ao indivíduo enquanto sujeito social inserido no contexto das suas relações, tendo como premissa que o adequado cuidado individual é inseparável da compreensão das dinâmicas coletivas^{12,13}.

Em relação à educação em saúde, a proposta pedagógica toma como desafio avançar na superação da concepção da educação bancária, centrada no professor como narrador da realidade, transmissor de um conhecimento estático, substituindo-a pela concepção da educação enquanto processo dinâmico, construção social, centrada no sujeito da aprendizagem^{14,15}.

A concepção pedagógica para atender a expectativa de formação de profissionais comprometidos com a ESF, que tem o usuário como sujeito do ato de cuidado, é justamente a que tem o estudante como sujeito de sua própria aprendizagem.

2.2 Objetivos

- Formar profissionais de saúde para exercerem atividades de atenção à saúde, docência e preceptoria, produção de conhecimento e gestão em Saúde da Família
- Fortalecer as atividades educacionais de atenção à saúde, produção do conhecimento e de gestão em Saúde da Família nas diversas regiões do país
- Articular elementos da educação, atenção, gestão e investigação no aprimoramento da ESF

- Estabelecer uma relação integradora entre o serviço, os trabalhadores, os estudantes da área de saúde e os usuários

2.3. Concepção pedagógica

A concepção pedagógica do PROFSAÚDE, buscando atender aos anseios de aprimoramento da atenção primária à saúde e do estabelecimento de novos parâmetros para a formação dos profissionais, procura presentificar conhecimentos que não são novos, mas que, no entanto, não são atuados na realidade. Em 1984, a Association of American Medical Colleges já afirmava que a ênfase na abordagem de informação intensiva na educação médica deveria ser deslocada para acomodar a aquisição e o desenvolvimento de habilidades, valores e atitudes através da integração de temas que harmonizassem ciências biomédicas, psicossociais e clínicas¹⁶.

Esta recomendação se relaciona ao conhecimento de que a memorização de fatos científicos descontextualizados, possíveis de serem relatados em um exame, não significa aprendizagem, não significa construção de uma competência capaz de ser mobilizada em situações reais¹⁶⁻¹⁸. Não há construção de conhecimento descolado da prática, a leitura de livros ou audição de palestras não substitui a prática, estas atividades podem servir para, mediadas pela reflexão, sistematizar o que foi vivenciado.

Além disso, com o vertiginoso avanço do conhecimento, seria impossível absorver durante um curso de qualquer nível, graduação, mestrado ou doutorado, todo o conhecimento existente em determinada área e muito menos todo conhecimento necessário ao exercício profissional ao longo da vida, pois novos conhecimentos são continuamente gerados¹⁶.

Assim, conclui-se que é fundamental o desenvolvimento da habilidade e do compromisso de aprender continuamente, ao longo de toda vida, tudo que for necessário para o bom exercício profissional¹⁶. O compromisso fundamental em educação, conforme os quatro pilares para educação ao longo da vida sistematizados no relatório Delors, UNESCO, 1996, é o desenvolvimento da competência para

aprender a aprender fundamentada no aprender a ser e aprender a conviver para aprender a fazer¹⁹.

Cada vez há melhor compreensão do processo de aprendizagem, do aprender a aprender. Howard Gardner apresenta pesquisas que demonstram que mesmo estudantes que foram bem treinados e que exibem todos os sinais de sucesso – frequência contínua em boas escolas, notas altas e altos resultados em testes – tipicamente não apresentam um entendimento adequado dos materiais e conceitos que estudaram, muitas vezes mostrando-se incapazes de resolver problemas reais que se apresentam em forma ligeiramente diferente daquela em que lhes foram apresentadas academicamente, ou seja, não demonstram a competência que seria esperada para o seu desenvolvimento acadêmico¹⁷. Isto ocorre porque, diante da situação real, o indivíduo mobiliza naturalmente aprendizagens construídas por vivência em detrimento dos conhecimentos acadêmicos.

A aprendizagem é fenômeno biológico, é constante na existência de todos os seres vivos, pois é essencial a vida. Ela é fortemente ancorada na memória, pois aprendemos pela comparação de situações novas com outras já vividas anteriormente^{20,21}. A memória é extremamente maleável, enfatiza alguns aspectos e apaga outros para aproximar à vivência anterior da nova de modo a permitir a comparação. Se a nossa memória fosse fotográfica, nós não aprenderíamos, cada situação seria única. Ambas as vivências que estão sendo comparadas, em nível inconsciente e de forma extremamente rápida, precisam envolver o sujeito como um todo, precisam ser prenes de significado^{22,23}. Situações absorvidas da literatura, do cinema, podem trazer aprendizagem bastante significativa, embora não sejam suficientes para construir competência. Um livro texto só traz aprendizagem quando, através da reflexão, o sujeito consegue “colar” o que leu à uma situação vivida e o livro texto é justamente a consolidação do conhecimento sistematizado pelo autor a partir das situações vividas por ele.

Perrenoud define competência como a

“...capacidade de ação eficaz em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”^{18.p.4}.

Esta capacidade de ação eficaz precisa da memória vivencial, flexível, que permite mobilizar recursos variados, é resultado de uma colagem da memória, muitas vezes de pequenos detalhes, de inúmeras situações vivenciadas mobilizadas de forma inconsciente. Perrenoud exemplifica com a competência do profissional médico e conclui dizendo:

“Nos casos em que a situação sair da rotina, o médico é exigido a fazer relacionamentos, interpretações, interpolações, inferências, invenções, em suma, complexas operações mentais cuja orquestração só pode construir-se ao vivo, em função tanto de seu saber e de sua perícia quanto de sua visão da situação.”^{18.p.5}

O conjunto de processos mentais e atitudes postos em ação na situação são componentes de esquemas de funcionamento. Seria muito desgastante se tivéssemos que “reinventar a roda” a cada vez que fosse necessária, por isso os seres vivos, conforme vão se desenvolvendo, vão estruturando esquemas de funcionamento, constituídos por hábitos e correspondentes sinapses neurais, adequados para as diversas situações comuns da vida. Quanto mais rica a vida, quanto maior o número de situações semelhantes vividas, maior o número de esquemas disponíveis para aqueles tipos de situação e mais flexíveis, de modo a serem facilmente intercambiáveis²⁴.

Este é o raciocínio clínico, impossível de ser completamente expresso em palavras, que envolve muita intuição (a qual depois é explicada/ratificada pelo conhecimento sistematizado), que depende do estabelecimento da relação médico-paciente, e que é aprendido inicialmente por imitação.

Justamente porque a aprendizagem inicial ocorre por imitação, é extremamente importante que o profissional que o estudante encontra em sua prática, que encontra no serviço, possa ser seu preceptor; isto quer dizer: seja modelo de boa prática, tanto em relação ao raciocínio clínico, como no que se refere à relação estabelecida com o usuário, considerando-o como sujeito ativo, responsável pelas escolhas referentes à sua condição de saúde, pois o aprendiz inevitavelmente absorverá, além de conhecimentos e habilidades, valores e atitudes. A melhoria da atenção e da gestão do serviço pelo conhecimento e atitudes dos preceptores são

exemplos de boas práticas fundamentais para a educação.

Estes conhecimentos que apontam a importância da prática, da vivência, da aprendizagem significativa, fundamentam a opção pelo formato de mestrado profissional e a concepção pedagógica do PROFSAÚDE. O Mestrado Profissional enfatiza a desejável parceria entre as instituições de ensino-pesquisa e o serviço, o fortalecimento de redes de saúde-escola, compreende os serviços de saúde como locais de produção de conhecimento e não apenas de geração de dados e reconhece a capacidade de reflexão crítica dos profissionais da atenção básica para mobilizar a consolidação do modelo da ESF.

A concepção pedagógica do PROFSAÚDE, caracterizada por ser centrada no sujeito de aprendizagem, respeitando sua autonomia e acolhendo a importante bagagem de conhecimentos e experiências que traz de sua vivência anterior, permite que se aproveite recursos do sujeito, que são poderosos para aprendizagem:

- envolvimento do desejo do aluno e compromisso para aprender -, sentimentos favorecidos por uma estreita relação pessoal e de admiração entre aluno e preceptor/professor;
- reforço do desejo de aprender que vem do sucesso na aprendizagem - sentimento favorecido pela aprendizagem independente, pela confiança construída sobre escolhas que deram certo, pequenas, mas constantes realizações;
- curiosidade sobre as relações entre eventos, oportunizada pela observação e atizada pela dúvida sobre a explicação comumente aceita - estimula a criação de hipóteses que levam a mais observação, experimentação e eventualmente a busca por uma explicação didática;
- necessidade de repetição - desejo, confiança e curiosidade não resultam em nada se exercidos uma única vez ou em intervalos longos e raros, é necessário tempo para aprendizagem independente de modo a que o estudante repita pelo tempo que necessitar, mas a repetição deve ser espontânea; exercícios repetitivos impostos são desastrosos, repetição espontânea leva a maestria;
- busca de significado e necessidade de integração – é necessário juntar o conhecimento de muitas fontes para lidar com qualquer situação da realidade, portanto, a proposta pedagógica deve estar atenta para oportunizar vivências que

mobilizem a busca por determinados conteúdos e, ao mesmo tempo, integrar e harmonizar conteúdos das diversas disciplinas em situações complexas^{16,25}.

Como o enfoque centrado no sujeito da aprendizagem, a concepção pedagógica do PROFSAÚDE tem as seguintes características:

- valoriza a competência para aprender, considerando habilidades e atitudes que fundamentam aprendizagem e pensamento eficazes tão importantes quanto o conhecimento específico adquirido;
- valoriza a disponibilidade de tempo para aprendizagem independente, auto-dirigida e redução de exposição de informações didáticas, pois a independência para a aprendizagem é condição da aprendizagem centrada no sujeito, assim o tempo para aprendizagem independente deve ser maior do que o tempo preso à programação do professor;
- valoriza relações personalizadas e de longa duração estudante-professor, estudante-preceptor, estudante-estudante, profissional de saúde-usuário do serviço de saúde;
- propõe aprendizagem explicitamente comprometida com a realidade, com o SUS e, portanto, desenvolvida como reflexão sobre a prática; promovendo a integração entre o conhecimento que está sendo construído e o trabalho que está sendo desenvolvido junto à população;
- propõe interdisciplinaridade, pois a aprendizagem comprometida com a realidade, baseada na visão holística do ser humano e da aprendizagem, implica integração, já que a realidade não se apresenta como disciplinas estanques;
- enfatiza o desenvolvimento das competências docentes e o desenvolvimento do papel de professor de acordo com esta concepção¹⁶.

2.4 Perfil do aluno

O Curso é direcionado a profissionais de saúde, em especial aqueles da atenção básica e Saúde da Família, com atuação e/ou interesse em docência/preceptoria.

2.5 Perfil do egresso

Espera-se formar profissionais com capacidade de:

- realizar e coordenar atividades de docência e preceptoria
- ter compromisso de aprendizagem ao longo da vida

- desenvolver projeto de pesquisa e de intervenção
- produzir conhecimento no campo da Saúde da Família a partir da prática no serviço
- utilizar informações em saúde para tomada de decisão
- planejar, implementar, monitorar e avaliar as ações de saúde na ESF
- desenvolver atividades de promoção da saúde, reconhecendo saberes e práticas existentes no território
- realizar a gestão da clínica na APS
- atuar na APS, incorporando criticamente as políticas públicas de saúde como referenciais

3. ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DO CURSO

3.1 Organização dos Eixos e Linhas de Pesquisa do Curso

O desenho curricular do Curso contempla três eixos pedagógicos: atenção, educação e gestão e sete linhas de pesquisa:

01. Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis, que propõe estudar o cuidado às famílias, seus ciclos de vida e os respectivos instrumentos para abordagem familiar;
02. Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica, que propõe estudar o processo saúde-doença-cuidado, modelos tecnoassistenciais, clínica ampliada e dimensões da qualidade dos serviços;
03. Educação e saúde, que propõe estudar tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional;
04. Gestão e avaliação de serviços na Estratégia de Saúde da Família/atenção básica, que propõe desenvolver pesquisas que produzam evidências organizacionais com base em modelos de gestão e avaliação;
05. Informação e saúde, que propõe analisar as características e entraves à melhoria da qualidade das informações em saúde, o gerenciamento da informação e a tomada de decisões na APS;
06. Pesquisa clínica – interesse da atenção básica, que propõe estudar as bases operacionais da gestão da clínica - produção de evidências clínicas, linhas de cuidado, protocolos clínicos – e avaliação da tecnologia em saúde;

07. Vigilância em saúde, que propõe desenvolver pesquisas acerca das bases da vigilância e sua integração com a saúde da família e contextualizar as vigilâncias – epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador.

3.2 Modalidade do Curso

O Mestrado profissional em Saúde da Família terá duração mínima de 18 meses e máxima de 24 meses, com carga horária total de 960 horas. Serão 42 créditos distribuídos entre 32 créditos para as disciplinas obrigatórias (480 horas) e 10 créditos para disciplinas eletivas (150 horas) e 22 créditos para dissertação (330 horas).

As atividades didático-pedagógicas serão desenvolvidas pelas instituições da rede. Será exigido do aluno um mínimo de 75% (setenta e cinco por cento) de frequência nas atividades. A admissão será realizada por exame nacional conforme regimento do Curso e o candidato aprovado e classificado na seleção deverá efetuar sua matrícula na instituição da rede indicada, obedecendo aos prazos fixados no calendário desta instituição.

O PROFSAÚDE ocorrerá na modalidade semipresencial; do total de 960 horas, 832 horas serão desenvolvidas em trabalho on line e 128 horas em trabalho desenvolvido em encontro físico-presencial entre os participantes de cada uma das universidades, sendo portanto, muito maior a carga horária on line do que a presencial. São previstos oito encontros físico-presenciais; no primeiro e segundo semestres ocorrerão três destes encontros em cada um e no terceiro e quarto semestres apenas um em cada um.

As atividades EaD serão desenvolvidas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) - *Open Source Moodle (Modular Object Oriented Distance Learning - Objeto Modular Orientado ao Ensino a Distância)*, por ser um software livre de ambiente colaborativo de aprendizagem, possibilitando ações educativas compartilhadas através da utilização de tecnologia, onde todos sujeitos envolvidos podem atuar simultaneamente. É um software possível de ser utilizado em qualquer sistema operacional, além de ter positivamente as características da adaptabilidade e usabilidade.

Os conteúdos do curso estão organizados em disciplinas com seu conteúdo específico e objetivos de aprendizagem listados, conforme estrutura e matriz expostas nos anexos a este documento. No entanto, as disciplinas não serão trabalhadas de forma compartimentalizada, mas, sim integradas em torno de situações-problema. A listagem de conteúdos e objetivos servirá para garantir a cobertura de todo conteúdo de cada uma das disciplinas e seus objetivos.

A carga horária das disciplinas obrigatórias é integrada por nove disciplinas:

1. Sistema de Informação no Cuidado e na Gestão (45h),
2. Produção do Conhecimento nos Serviços de Saúde (60h),
3. Educação na Saúde (60h),
4. Promoção da Saúde (45h),
5. Atenção e Gestão do Cuidado (60h),
6. Atenção integral na Saúde da Família (60h),
7. Planejamento e avaliação na Saúde da Família (45h),
8. Tópicos Especiais em Saúde da Família (45h)
9. Seminários de acompanhamento (60h)

3.3 Matriz Curricular a partir de Competências

A organização curricular do PROFSAÚDE baseia-se nos referenciais da educação por competências. Como a expressão “educação por competências” é um termo polissêmico, convém esclarecer o significado com que esta expressão é usada neste Curso. É usada a definição de competência, de Philippe Perrenoud, já citada na concepção pedagógica:

“capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”^{17p4}.

Como acontece com relação a qualquer atributo humano, na competência podem ser observados aspectos variados - dimensões (cognitivas, psicomotoras e/ou de habilidades e atitudinais) ou tipos de conhecimento (declarativos, procedimentais, condicionais)²⁶, mas ações, de modo geral, especialmente ações competentes, são comportamentos complexos que envolvem a pessoa como um todo, todos os aspectos de sua personalidade, não há separação possível de cada um destes aspectos. A cada ato o ser humano está inteiro e assim, ao exercer a sua competência, ela vem sempre

tingida por todos estes aspectos, ainda que possa eventualmente ser mais colorida por um ou outro. Por isso a proposta foca o ser humano integral e propõe considerar o desenvolvimento de sua competência para o exercício das atividades de saúde da família envolvendo a cada momento seu conhecimento, sua habilidade e seus valores.

A escolha pela educação por competências implica em compromisso com a prática, pois a própria definição diz que é a “capacidade de agir eficazmente” que, embora “apoiada em conhecimentos” os ultrapassa. A via para construção da competência é a experiência repetida mediada pela memória que a torna disponível mesmo para situações originais e extraordinárias. Quanto mais complexa for uma situação, mais ela necessitará do apoio de conhecimentos amplos e profundos – profundos no sentido de terem sido apropriados de forma tão perfeita pelo sujeito de aprendizagem que ficam no seu inconsciente – que sejam mobilizados de forma tão natural que confundem-se com a intuição, com o instinto. Quando um pescador experiente escolhe onde largar a rede, ele não faz nenhum cálculo consciente, mas de alguma forma ele junta o conhecimento resultante de muitas experiências anteriores para decidir a força que vai aplicar no lançamento.

O núcleo da definição é a capacidade de ação, portanto, aponta para o reconhecimento da prática como elemento essencial da aprendizagem e para a valorização da prática no desenvolvimento profissional, o que está de acordo com a proposta de mestrado profissional.

Segundo Perrenoud, ao escolher a educação por competências, a escola depara-se com o dilema quanto ao tempo a alocar para a apropriação do conhecimento coletivo consolidado e o tempo a alocar para a prática¹⁸. No entanto, este é um falso dilema, pois por um lado o conhecimento só é efetivamente construído através da experiência, da prática, e esta experiência, para se transformar em conhecimento, precisa ser sistematizada de maneira lógica, assim o tempo alocado para a prática não deve ser considerado como subtraído ao desenvolvimento de conteúdos¹⁶. O especialista, profissional altamente competente, alia o acúmulo de conhecimento decorrente da leitura aos conhecimentos adquiridos pela experiência, o que lhe proporciona intuição, antecipação, capacidade de resposta imediata¹⁸.

É uma situação complexa e circular, pois os esquemas de mobilização dos recursos estabelecem-se pela exposição a experiências renovadas que tenham um certo grau de repetição, para serem redundantes, e um certo grau de novidade para serem progressivamente estruturantes. O importante é ter muito claros os objetivos pedagógicos, os conteúdos necessários em cada disciplina, para aproveitar as experiências para destacar e sistematizar os conteúdos.

O caminho escolhido pelo PROFSAÚDE é desenvolver o conhecimento através da reflexão sobre a prática promovendo a sistematização através do diálogo com colegas, preceptores e professores.

4. Organização metodológica do processo de aprendizagem

4.1 Estratégias pedagógicas e avaliação

Em acordo com a concepção pedagógica centrada no sujeito de aprendizagem, focada no desenvolvimento de competências e a conseqüente valorização da experiência para que ocorra aprendizagem significativa, o PROFSAÚDE organiza as oportunidades de aprendizagem utilizando metodologias ativas, especialmente problematização e aprendizagem por problemas.

Muitas vezes estes termos são usados como se fossem intercambiáveis, sendo oportuno, portanto, que explique-se as situações em que são usados e as diferenças entre eles.

Na problematização, os alunos partem de uma situação da realidade em que estão inseridos; organizam as informações sobre a situação, a “problematizam”; definem aspectos que devem ser estudados para compreender melhor o problema e buscar solução; buscam os recursos/conhecimentos: consultam bibliografia, pessoas-recurso, fazem entrevista com as pessoas envolvidas na situação, etc; analisam a informação obtida; constroem hipóteses para a solução e encaminham sua aplicação prática. Há um compromisso com a realidade, o ponto de partida e de chegada é a

realidade, a solução encontrada deve ser implementada, deve haver a intervenção na realidade²⁷.

Na aprendizagem baseada em problemas, os problemas sobre os quais o aluno vai trabalhar são elaborados especificamente para estudo, não há proposta de intervenção na realidade²⁷. Tem mais espaço para planejar os conhecimentos a ser desenvolvidos e promover integração disciplinar.

No PROFSAÚDE serão utilizadas as duas estratégias, a reflexão sobre a atividade prática dos alunos se dará através da problematização e serão também elaborados casos para a Aprendizagem Baseada em Problemas. O caminho de estudo a percorrer será muito semelhante, sendo que seguramente a problematização tem que enfrentar a questão da urgência da resposta, enquanto a aprendizagem baseada em problemas tem maior elasticidade de tempo.

Considera-se que o uso paralelo das duas estratégias promoverá melhor aproveitamento de ambas. A problematização carregará para suas situações, as aprendizagens mais refletidas, mais minuciosamente elaboradas da aprendizagem baseada em problemas e a aprendizagem baseada em problemas, justamente se beneficiará da vivência que o aluno terá da tomada de decisão no calor da realidade.

É citada como diferença importante entre as duas estratégias o comprometimento social que a problematização implica²⁷. No entanto, os casos elaborados na aprendizagem baseada em problemas devem incluir todos os aspectos sociais que fizerem parte da realidade daquela situação. Justamente para que haja esta força de realidade é que se recomenda que as situações usadas na aprendizagem baseada em problemas sejam casos reais, já ocorridos, já fechados, para poderem ser sofisticadamente elaborados, mas comprometidos com a realidade completa da situação e dos envolvidos¹⁶.

Tanto a aprendizagem baseada em problemas como a problematização implicam em consideração dos conhecimentos como recursos a serem mobilizados devendo seu valor estar relacionado à sua disponibilidade no momento oportuno e sua

flexibilidade para adequar-se às situações¹⁸. Ambas promovem a integração entre as disciplinas.

As metodologias ativas e a aprendizagem focada em competências reconhecem a importância das disciplinas; sua definição como campo de conhecimento favorece seu desenvolvimento, aprofundamento e a localização do tema quando necessária sua aplicação em situações de vida. As disciplinas são uma forma de sistematização do conhecimento e não há nenhuma incompatibilidade em trabalhar focado em competências considerando as disciplinas desde que seja possível trabalhar com sua integração para aplicação em situações complexas¹⁸. Ao deparar-se com o problema, o aluno, na maioria das vezes necessitará buscar conhecimentos em diversos campos disciplinares, transitará por diversas disciplinas vivenciando uma integração de conhecimentos. Na reflexão sobre a prática esta integração deve ser explicitada e sistematizada.

Todos os objetivos de cada disciplina podem ser atendidos, não na ordem prescrita em um programa, mas ao sabor da necessidade, o que garantirá a aprendizagem significativa^{16,18}.

Temas que porventura não sejam trabalhados pelas estratégias da aprendizagem baseada em problemas e problematização serão objeto de projetos de estudo dos alunos.

Na pedagogia centrada no sujeito da aprendizagem usando metodologias ativas, o planejamento precisa ser flexível e indicativo. O professor precisa estar muito atento para cobrir lacunas, estimular potencialidades, aproveitar momentos favoráveis. Nestes aspectos é necessário a arte da improvisação, ainda que baseada em profundo e claro conhecimento do professor dos aspectos essenciais das várias disciplinas.

Não é possível saber exatamente que “aula vai ser dada na data tal” quando se trabalha com aprendizagem centrada no sujeito e metodologias ativas, o professor não atua centrado no seu planejamento, atua observando o tempo todo o sujeito de aprendizagem para regular a proposta. Esta regulação é feita através da avaliação¹⁸.

Avaliação

O PROFSAÚDE utiliza **avaliação somativa** com fins de certificação, estas avaliações podem ocorrer em pontos intermediários e/ou finais do percurso de forma a atender as determinações regimentais das diversas universidades que compõe a rede. São também utilizadas, e consideradas mais sintônicas com a proposta pedagógica do PROFSAUDE, a avaliação formativa e a avaliação formadora.

Acompanha-se Perrenoud ao considerar **avaliação formativa** toda prática de avaliação contínua que tem como finalidade contribuir para melhorar a aprendizagem em curso. A avaliação formativa parte da observação sistematizada do aluno para construir uma representação de seus processos de aprendizagem, métodos de trabalho, condições em dado momento, domínio já atingido e resultados que está perseguindo, assim como suas atitudes e inserção no grupo, para orientá-lo no sentido de aprimorar sua aprendizagem¹⁸. Esta avaliação não é classificatória nem seletiva, não tem por finalidade a certificação.

A intervenção formativa, decorrente da avaliação formativa, deve procurar entender as causas profundas de eventuais dificuldades, analisar os erros buscando entender como o aluno está pensando, considerar aspectos afetivos e as condições sociais do aluno para trabalhar sobre as estruturas fundamentais e os pré-requisitos essenciais na busca da possível correção de rumos da aprendizagem.

A intervenção na aprendizagem pode ser retroativa, quando é pontual e ocorre ao termo de uma sequência de aprendizagem, no entanto, é interessante que a avaliação e a intervenção sejam interativas, ocorrendo de forma contínua ao longo de todo processo de aprendizagem.

A intervenção interativa apoia-se na pedagogia relacional para inserir regulações na aprendizagem do aluno na própria situação, levando o aluno, com a interação, a ajustar suas ações ou representações, identificar suas dúvidas ou erros, levar em conta outras opiniões.

A ação e a interação social regulam a aprendizagem porque obrigam o aluno a acomodar, diferenciar, reorganizar seus esquemas de representação, de percepção e de ação.

A **avaliação formadora** pretende que o aluno seja capaz de analisar seus próprios pensamentos e processos de aprendizagem em uma atividade de metacognição. O papel do professor nesta avaliação é analisar o modelo de objetivação dos processos e dos conhecimentos e de explicação dos objetivos e expectativas que o aluno deve desenvolver para que ele possa modelar esta atividade mental¹⁸.

O investimento do professor no desenvolvimento da avaliação formadora requer que ele tenha claramente em mente o domínio específico visado. Não é a tarefa que importa, nem mesmo a aprendizagem específica, mas a meta-cognição. Importa que o aluno analise seu próprio processo de pensamento. O professor precisa observar, acompanhar, precisa ter conhecimento e sensibilidade em relação ao processo de pensamento envolvido na atividade para fazer intervenções sutis, perguntas de sintonia fina, para ajudar o aluno a alcançar o patamar da meta-cognição.

Esta atividade de avaliação formadora requer disponibilidade de tempo, pois é um processo que não pode ser interrompido, precisa de um espaço-tempo seguro para poder desenvolver-se e o professor precisa estar despreocupado em relação ao controle do trabalho e ao tempo de execução da tarefa, o foco é o processo.

4.5 Trabalho de conclusão de curso

Para este curso as dissertações consistirão em pesquisas ou intervenções. Entendendo pesquisa como construção do conhecimento a partir da investigação e intervenção como uma ação planejada e desenvolvida no contexto dos profissionais.

Outros formatos eventualmente propostos pelos alunos serão avaliados pelo Colegiado de Curso da instituição a qual ele estiver vinculado.

A avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado compreenderá as seguintes modalidades de julgamento:

- Aprovado
- Reprovado

No caso de não aprovação, o mestrando terá mais 30 dias para realizar as mudanças sugeridas e encaminhar o trabalho modificado aos membros da banca. Em caso de uma segunda reprovação, o mestrando será desligado do curso.

No caso de aprovação com restrições, deverão constar na Ata da Defesa as orientações sobre as modificações a serem feitas, e o mestrando terá até 3 (três) meses para realizá-las e apresentá-las Colegiado de Curso da instituição a qual ele estiver vinculado para avaliação da adequação das modificações realizadas e homologação da aprovação.

4.3 Papel dos atores

Conselho Gestor

Comissão Acadêmica Nacional

Regente Nacional de Disciplina

Colegiado de Coordenadores Acadêmicos Institucionais

Coordenador Acadêmico Institucional

Regentes de Disciplinas nas instituições

Orientadores

A formação e atribuições dos conselhos e comissões está definida no Regimento do PROFSAUDE.

O conselho gestor, presidido pelo representante da ABRASCO, atua nos aspectos políticos e administrativos e promove a articulação entre as instituições educacionais participantes da rede.

A comissão acadêmica nacional, presidida pelo coordenador acadêmico nacional, responsabiliza-se pelos aspectos pedagógicos do PROFSAÚDE, coordenando a elaboração do projeto político pedagógico, da matriz curricular e do material educacional do curso, bem como sua implementação em cada uma das instituições da rede.

O regente nacional de disciplina coordena a elaboração do material educacional específico da disciplina de que é regente e sua implementação em cada uma das instituições da rede.

O colegiado de coordenadores institucionais é uma instância de articulação entre as instituições que compõe a rede, tanto do ponto de vista político, estabelecendo relação com as instâncias nacionais, apoiadores e demandantes do Curso; quanto do ponto de vista pedagógico, estabelecendo relação com a comissão acadêmica nacional. Além disso, o colegiado é um espaço de intercâmbio de experiências, principalmente pedagógicas, mas também administrativas.

O coordenador acadêmico institucional é o responsável pela gestão acadêmica do curso em cada instituição certificadora, tanto do ponto de vista administrativo quanto em relação aos aspectos pedagógicos, e representa a instituição certificadora na relação com as instâncias nacionais.

O regente da disciplina atua como mediador e orientador das atividades da disciplina específica, acompanhando o desenvolvimento de cada aluno e turma, e também atua na validação do material educacional relativo à respectiva disciplina.

O orientador é o responsável por apoiar o mestrando na elaboração de sua dissertação.

5. Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Facchini, L.A.; Piccini, R.X.; Tomasi, E. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):669-681, 2006.
3. Elias, P.E.; Ferreira, C.W.; Alves, M.C.G. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):633-641, 2006.
4. Rasella, D.; Aquino, R.; Barreto, M.L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health*, 10(380):1-8, 2010.
5. Lima-Costa, M.F.; Turci, M.A.; Macinko, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7): 1370-1380, 2013.
6. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Acessado em 05/06/2015.
7. Demografia Médica. Médicos estão mal distribuídos e reforçam desigualdades no país, revela estudo do Cremesp/CFM, 2011. Disponível em http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=4
8. Turci, M.A.; Lima-Costa, M.F.; Macinko, J. Influência de fatores estruturais e

organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(9):1941-1952, 2015.

9. Tomasi, E.; Oliveira, T.F.; Fernandes, P.A.A. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 15(2):171-180, 2015.

10. Anversa, E.T.R.; Bastos, G.A.N.; Nunes, L.N. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(4):789-800, 2012 .

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144p.

12. Batistella, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, A.F.; Corbo, A.D. organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 51-86.

13. Cutolo, L.R.A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 2006.

14. Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. 18ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. 184p.

15. Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 27ª edição. São Paulo: Paz e Terra; 1996. 146p.

16. Tosteson, D.C.; Adelstein, S.J.; Carver, S.T. editors. *New Pathways to Medical Education. Learning to Learn at Harvard Medical School*. Cambridge,

Massachusetts: Harvard University Press; 1994. 198p.

17. Gardner, H. *The Unschooled Mind: How Children Think & How Schools Should Teach*. Basic Books; 1991. 303p.

18. Perrenoud, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed; 1999. 85p.

19. Relatório Delors, UNESCO, 1996.

20. Maturana, H.; Varela, F. *El Arbol de Conocimiento*. 7a edição. Editorial Universitaria; 1984.

21. Maturana, H.; Varela, F. *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*. Dordrecht, Holand: Reidel Publishing Company; 1980.

22. Izquierdo, I. Memórias. *Estudos Avançados*, 3(6), 1989.

23. Izquierdo, I. A Memória do Medo nos mantém vivos. Entrevista ao *Jornal Zero Hora* em 20/02/2016.

24. Piaget, J. *A equilibração das estruturas cognitivas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1976. 175p.

25. Montessori, M. *The Advanced Montessori Method: scientific pedagogy as applied to the children from seven to eleven years*. Oxford/England: ABC Clio Ltd. 1918.

26. Lima, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17):369-379, 2005.

27. Berbel, N.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2(2):139-154, 1998.